

RICHIESTA DI RIAVVIO DELLA CONTRIBUZIONE

DATI ADERENTE							
Cognome e nome							
Codice fiscale		Sesso (M/F)	Data di nascita				
Telefono (ufficio o cellulare)		Email					
Società di appartenenza							
Titolo di studio:							
Nessuno	<input type="checkbox"/>	Licenza elementare	<input type="checkbox"/>	Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/>	Diploma prof.le	<input type="checkbox"/>
Diploma media superiore	<input type="checkbox"/>	Diploma univ./laurea triennale	<input type="checkbox"/>	Laurea/laurea magistrale	<input type="checkbox"/>	Special.post laurea	<input type="checkbox"/>

Con riferimento alla domanda di sospensione della contribuzione presentata in data _____

Chiedo il riavvio della contribuzione a far data dalla prima retribuzione utile disponibile successiva alla presentazione della presente richiesta.

<i>(da compilare a cura dell'Azienda)</i>	
La scrivente Società	
Con sede in	
Telefono	Fax

Prendendo atto della richiesta di sospensione della contribuzione si impegna:

a riprendere il versamento della contribuzione retributiva a carico dell'associato e dell'azienda a partire dalla prima retribuzione utile e a trasmettere al FOPEN il presente modulo entro 5 (cinque) giorni dal ricevimento dello stesso.

Data compilazione _____

Firma aderente _____

Data ricezione _____

Timbro e visto della Funzione Personale _____

Questo modulo deve essere redatto e compilato in ogni sua parte ed inviato, a cura della Funzione del Personale dell'Azienda, al FOPEN Corso Trieste, 42 – 00198 Roma.